



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO**

ANDRÉA RAMALHO COSTA

**ESTUDO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE**

**CAMPINA GRANDE
2016**

ANDRÉA RAMALHO COSTA

**ESTUDO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso ou apresentado ao Programa de Graduação em Direito da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Direito.

Área de concentração: Medicina Forense

Orientador: Prof. Me. José Cavalcanti dos Santos.

**CAMPINA GRANDE
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837e Costa, Andréa Ramalho
Estudo da mortalidade por causas externas no município de Campina Grande [manuscrito] / Andrea Ramalho Costa. - 2016.
37 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2016.
"Orientação: Prof. Me. José Cavalcanti dos Santos, Departamento de Direito Público".

1. Saúde Pública. 2. Mortalidade por Causas externas. 3. Violência Pública. I. Título.

21. ed. CDD 342.02

ANDRÉA RAMALHO COSTA

ESTUDO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE

Artigo apresentado ao Programa de
Graduação em Direito da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de bacharel
em Direito.

Área de concentração: Medicina
Forense.

Aprovada em: 31/10/2016.

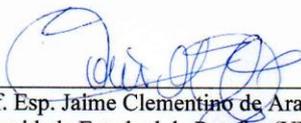
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. José Cavalcanti dos Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Amilton de França
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Jaime Clementino de Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico o sucesso do meu trabalho a minha
família, grande responsável pela
persistência em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta monografia.

Agradeço a meu orientador, Prof. JOSÉ CAVALCANTI , pelo incentivo e pelo apoio, bem como a todos os professores da Faculdade de Direito.

A minha família, pela compreensão e pelo amor que me fizeram sempre buscar o melhor de mim.

A meus colegas pelos anos de convivência.

*“A maior recompensa para o trabalho do homem
não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se
torna com isso”*

John Ruskin

RESUMO

O presente trabalho pretende apresentar um estudo da mortalidade por causas externas no município de Campina Grande-PB, bem como descrever a população atingida pelas mortes violentas no município, por meio de análise crítica dos dados referentes à mortalidade. A morbimortalidade por violência, expressa por meio das causas externas, vem sendo reconhecida como um problema de saúde pública, observando-se um aumento gradativo na atenção e na preocupação das instituições de saúde no sentido de transformar o tema em prioridade nacional. O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais. Tratou-se de estudo quantitativo descritivo realizado através da totalidade de óbitos por causas externas captadas pelo Instituto de Polícia Científica (IPC) do Estado da Paraíba referentes às perícias realizadas pela Gerência Executiva de Criminalística (GECRIM) no ano de 2015. Desta forma, observa-se a necessidade de trabalhar a prevenção das causas externas para evitar mortes precoces, reduzindo o impacto econômico dos gastos com internações e das perdas de vida produtiva, além das consequências emocionais e psicológicas para as famílias que perdem seus entes queridos, sobretudo crianças, adolescentes e jovens.

Palavras-chave: Mortalidade; Causas externas; Campina Grande.

RESUMÉN

Este documento tiene como objetivo presentar un estudio de la mortalidad por causas externas en la ciudad de Campina Grande-PB, y describir la población afectada por las muertes violentas en la ciudad, a través del análisis crítico de los datos sobre la mortalidad. La morbilidad y la mortalidad de la violencia, expresada a través de las causas externas, ha sido reconocida como un problema de salud pública, la observación de un aumento gradual de la atención y la preocupación de las instituciones de salud para transformar el tema en prioridad nacional. El tema se incluye en el concepto más amplio de la salud que, según la Constitución y la legislación federal derivarse de los mismos, abarca no sólo las cuestiones médicas y biomédicas, sino también los relacionados con estilos de vida y el conjunto de restricciones sociales, históricos y ambientales. Tratado estudio cuantitativo descriptivo de todas las muertes por causas externas capturados por el Instituto de Ciencias Forenses (IPC) del Estado de Paraíba relacionada con la experiencia realizada por la Dirección Ejecutiva de Criminología (GECRIM) en 2015. Por lo tanto, hay a sí mismo a tener que trabajar para prevenir las causas externas para prevenir muertes tempranas, lo que reduce el impacto económico del gasto sobre los ingresos y la pérdida de la vida productiva, más allá de las consecuencias emocionales y psicológicas de las familias que perdieron a sus seres queridos, especialmente niños, adolescentes y los jóvenes.

Palabras-clave: la mortalidad; causas externas; Campina Grande.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	DEFINIÇÃO DA VIOLÊNCIA	12
2.2	HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA.....	13
2.3	VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA.....	15
2.4	MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS.....	16
2.5	TAXAS DE MORTALIDADE.....	17
3	METODOLOGIA.....	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
5	CONCLUSÕES.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano. (MINAYO, 1994)

Desde tempos imemoriais existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico, seja no âmbito das Ciências Humanas, permite inferir, no entanto, alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos. (MINAYO, 1994)

A interferência dos determinantes sociais na saúde tem sido amplamente discutida pela comunidade científica. Alguns agravos sofrem maiores influências dessa determinação. Entre eles, a violência se destaca por seu caráter multifacetado e polissêmico. As taxas de mortalidade por homicídio são consideradas bons indicadores para mensurar a gravidade da violência em um determinado grupo populacional. (ANDRADE, 2011)

A morbimortalidade por violência, expressa por meio das causas externas, vem sendo reconhecida como um problema de saúde pública, observando-se um aumento gradativo na atenção e na preocupação das instituições de saúde no sentido de transformar o tema em prioridade nacional.

As causas externas atingem praticamente todas as faixas etárias, com maior expressão nas mais jovens. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10) – subdivide as causas externas em causas acidentais (que incluem os acidentes de transporte, de trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes), causas intencionais relacionadas às agressões e lesões autoprovocadas, e eventos cuja intenção é indeterminada.

No mundo todo, registram-se anualmente mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas – auto-direcionada, interpessoal e coletiva –, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. Para indivíduos entre 15 e 44 anos de idade, a violência é a quarta principal causa de morte em todo o mundo (OMS, 2014).

Além disso, todos os dias dezenas de milhares de indivíduos são vítimas de violência não fatal. Entre eles estão vítimas de agressões que resultam em ferimentos físicos, exigindo

tratamento em centros de atendimento emergencial, e pessoas que sofrem outros tipos de abusos físicos, sexuais e psicológicos, mas que podem não comunicar esses fatos a equipes de saúde e a outras autoridades.

Embora esta situação de crescimento das taxas de morbi-mortalidade associadas à violência seja mais crítica nos países em desenvolvimento, este fenômeno alcançou proporções mundiais.

Especificamente para o Brasil, em 2000 os homicídios lideraram a mortalidade entre as causas externas, correspondendo a 38,3% do total (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

É fato, portanto, que a redução da mortalidade causada pelo fenômeno da violência constitui-se um dos grandes desafios da atualidade em quase todas as regiões do mundo. Seu caráter multifacetado, o qual pode associar fatores econômicos, culturais, ideológicos e individuais, determina o envolvimento dos vários setores da sociedade de forma integrada e complementar.

No âmbito governamental, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência é o instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adotando como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas. Sabidamente, os acidentes e a violência resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

Um levantamento realizado pela OMS mostra que, embora os países estejam investindo em programas de prevenção que incluem essas estratégias, esses investimentos não são compatíveis com as dimensões e a gravidade do problema.

Além disso, os custos da violência são altos. Famílias à beira da pobreza podem cair na miséria quando o provedor da família é assassinado ou fica incapacitado devido à violência. Para os países, o desenvolvimento social e econômico é corroído pelos gastos em resposta à violência nas áreas de saúde, justiça criminal e bem-estar social. (OMS, 2014)

Por ser fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, assume-se como *violência* o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros, por exemplo: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais.

A promulgação e a aplicação de leis sobre crimes e violência são essenciais para estabelecer normas de comportamentos aceitáveis e não aceitáveis, assim como para criar sociedades seguras e pacíficas. São particularmente importantes as estratégias que permitem o registro seguro de atos de violência interpessoal e garantem a disponibilidade de proteção e apoio legais a todos os cidadãos (KEANE, 2013)

A prestação de serviços de boa qualidade para atendimento e apoio a vítimas é importante para reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos de violência. Há muitos serviços para vítimas de violência, entre os quais serviços de atendimento emergencial para vítimas feridas; outros serviços de saúde para identificar e tratar o impacto de longo prazo sobre a saúde causado pela violência; serviços comunitários relacionados à moradia; advocacia para vítimas; atendimento a casos de uso indevido de drogas e saúde mental; e serviços de apoio jurídico e social.

As causas externas representam importante fator na mortalidade do Brasil. Conhecer quem é vulnerável e quais os motivos disso constituem um elemento fundamental para políticas de prevenção de acidentes e violências. Para que esses programas sejam efetivos, fazem-se necessários estudos cada vez mais apurados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO DA VIOLÊNCIA

A palavra em português deriva do termo latino *violentia*. O dicionário latino traduz a palavra nos seguintes termos: violência, constrangimento. Logo a seguir, aparece o conceito violo e nas suas declinações, violas, violavi, violatum, violare. A explicação desse radical talvez apresente mais elementos definidores do termo: violar, forçar, corromper, ofender, profanar, transgredir, obrar contra o direito e as leis. Segundo ainda a mesma fonte, o grande orador romano Marcus Tullius Cicero usava o termo como fazer violência, ultrajar, maltratar... Esse passeio breve pelo termo apresenta as dificuldades de se dissertar sobre o tema principalmente quando ele vem acompanhado da história.

Para Michaud (1989), a etimologia do termo evidencia a ideia de uma força não qualificada que se torna violência apenas quando passa da medida, quando perturba uma ordem, quando rompe acordos e regras que ordenam relações. A análise do sentido etimológico coloca em relevo que é a percepção do limite que vai caracterizar um ato como violento e essa percepção varia histórica e culturalmente. Portanto, o termo não pode ser definido independentemente de critérios e de pontos de vista, os quais podem ser institucionais, jurídicos, sociais e até pessoais. Não se pode deixar de fora o que é eminentemente normativo e não existe uma abordagem objetiva que consiga pôr entre parênteses todas as normas.

O termo "violência" abrange inúmeras tipologias que, muitas vezes, não são identificadas como tal. A violência se define no sentido escrito como um comportamento que visa causar ferimentos às pessoas ou prejuízo aos bens. Apesar de uma definição verdadeira, abre-se a questão de que a violência não é simplesmente algo focado somente no sentido de machucar ou prejudicar alguém, violência sintetiza-se na visão abrangente com um sentido mais amplo, que significa qualquer tipo de força que impeça o livre arbítrio do próximo.

A violência engloba tudo o que diz respeito à liberdade do outro; existem diversos tipos, como a violência contra a mulher, o abuso sexual, violência física, psíquica, social, contra animais, patrimonial, moral, institucional, jurídica, social, bárbara, por conflitos estruturais, dentre outros. Um dos conceitos é que ela muda de acordo com a sociedade e não é dada como algo nato e, sim, colocado pela sociedade. "O conceito de violência não é dado a priori, ou seja, não é natural. Sendo socialmente construído, ganha diferentes conotações e significados em épocas e culturas diferentes" (RICAS; DANOSO, 2010, p. 214).

Além de várias definições e tipos, a violência também se encaixa como algo objetivo ou subjetivo. Para a objetividade, ela é um termo mais amplo que ultrapassa barreiras particulares e para a subjetividade torna-se algo relativo, dependendo da interpretação ou julgamento social/pessoal.

É possível definir a violência sob variadas perspectivas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como: “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Desta forma, a definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. A inclusão da palavra "poder", completando a frase "uso de força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. O "uso de poder" também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Assim, o conceito de "uso de força física ou poder" deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-infligidos.

2.2 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA

Pensar a violência é pensar a história da humanidade. Sabe-se que a civilização foi fundada sobre conflitos: num primeiro momento entre as tribos nômades; posteriormente, quando estas tribos começaram a se fixar, entre as cidades construídas por elas. Quando as nações se formaram, os conflitos então passaram a ser entre os países. Os objetivos destes conflitos são, quase sempre, os mesmos: dominar, aumentar território, escravizar o inimigo. Isto se torna evidente quando lembramos dos grandes impérios que surgiram ao longo dos séculos. Só para citar alguns: Império Macedônio; Império Romano; Império Otomano; Império Napoleônico. Todos eles expandindo-se através de guerras descritas das mais diversas formas. A Literatura, ao lado de concepções filosóficas, sociológicas e antropológicas, é uma destas formas de representar e descrever a violência humana ao longo dos séculos.

A violência é uma realidade milenar. Ao longo dos milênios, circula amplamente pela sociedade, abrangendo todas as Idades: Antiga, a Idade Média, Moderna e Contemporânea. Em todas elas, houve barbáries de alguma forma e sob vários aspectos e segmentos. Ela não se limita a uma só classe social, no entanto é mais evidenciada nas camadas populares onde o

poder aquisitivo é muito baixo e as condições de vida são precárias. E como exemplo, citamos o livro da Bíblia (Velho Testamento, principalmente) repleto de lutas e guerras travadas pela busca do poder religioso e da supremacia sobre povos e nações. O próprio Jesus Cristo (Novo Testamento) foi vítima da violência humana, assim como todos os que decidiram lutar pela paz e por um mundo melhor no decorrer da história da humanidade. As revoluções armamentistas do mundo capitalista, os holocaustos sofridos pelos judeus e pelos negros, as duas grandes guerras mundiais, as colonizações de exploração, as cruzadas são bons exemplos de como a violência é um marco na história dos povos.

Desde tempos imemoriais existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico, seja no âmbito das Ciências Humanas, permite inferir, no entanto, alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos. É, hoje, praticamente unânime, por exemplo, a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual.

Assim, percebemos que a violência entre pessoas e grupos sempre esteve presente na história da civilização, mas apenas com seu significativo crescimento nas últimas décadas passou a construir um novo desafio para a sociedade.

No Brasil, o processo de violência está enraizado na formação social e cultural dos brasileiros. Em seu livro “O Povo Brasileiro”, Darcy Ribeiro nos conta que, em 1500, os portugueses chegaram em uma terra que abrigava cerca de um milhão de índios, quase a mesma população de Portugal na época. As décadas que se seguiram a essa chegada, foram um período de muita guerra e morte. Os povos que aqui resistiram à chegada do invasor foram, progressivamente, massacrados e escravizados.

Por volta do século XVI, os negros chegaram ao território brasileiro. Chegaram contra sua vontade, trazidos acorrentados da costa ocidental africana. Os negros escravos foram incorporados à força a uma cultura e a uma nascente sociedade completamente estranha a eles. A maioria foi levada para o nordeste açucareiro e para áreas de mineração no centro do país. E submetida a terríveis condições de vida, onde o espancamento, a humilhação e a morte

eram companhias diárias. Assim como já havia acontecido com os índios. Sobre essa confluência de escravidões, Darcy Ribeiro diz:

“Todos nós, brasileiros, somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós brasileiros somos, por igual, a mão possessa que os supliciou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sentida e sofrida que somos e a gente insensível e brutal, que também somos”.

Há dois massacres, portanto, que são fundadores do Brasil como nação e essas marcas de brutalidade e crueldade seguem presentes até hoje, não como uma característica biológica, mas como comportamento social reproduzido e mesmo estimulado pela impunidade. Essa é a verdadeira impunidade que segue reinando no Brasil, sendo atualizada e legitimada institucionalmente a cada geração.

2.3 VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA

Embora a violência não seja uma questão específica de saúde, apresenta reflexos significativos sobre esta. Como afirma Agudelo (1990), “ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Ou como analisa a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em seu último documento sobre o tema: “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (...) “O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (OPAS, 1993)

A mortalidade por causas externas tem tomado cada vez mais vulto no Brasil. No início da década de 80, a mortalidade por causas externas passou a ser a segunda principal categoria de causas de óbitos, só sendo sobrepujada pelas doenças do aparelho circulatório. Entre as causas externas, os homicídios apresentam a maior taxa de crescimento. (MINAYO, 1994)

A Saúde Pública, devido a sua natureza, se volta para uma perspectiva baseada em grupos sociais ou populações. Essa perspectiva inspira sua aplicação, seu conhecimento e seu âmbito de atuação. A partir do princípio multidisciplinar de investigação, podemos, assim,

definir Saúde Pública como ampliação das ciências biológicas, sociais e da conduta ao estudo do fenômeno saúde em populações humanas.

O raciocínio epidemiológico tem procurado estudar, em cada um dos diferentes tipos de causas externas, os possíveis fatores que levam à sua ocorrência. Assim, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas e o uso de drogas vêm sendo apontados como um desses aspectos. Em relação ao álcool, embora a sua análise não seja feita, rotineiramente, estudos pontuais têm mostrado, em pacientes atendidos em serviço de pronto socorro, resultados com maior positividade entre as vítimas de agressões (CARVALHO, 2002).

Usualmente, os trabalhos realizados pela área de saúde pública privilegiam o conhecimento das causas externas que determinaram os eventos, uma vez que são essas causas que vão orientar as atividades de prevenção. No entanto, as informações acerca dos traumas e lesões mais frequentes abrem inúmeras possibilidades de atuação desde aquelas administrativas, visando ao melhor planejamento dos serviços e alocação de recursos, quanto na própria avaliação da assistência médica prestada. Permitem também, envolver os profissionais que prestam atendimento direto às vítimas na discussão do problema das causas externas. (JORGE et al., 2002)

2.4 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

As causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação). As causas externas foram responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis, segundo estudo de revisão sistemática de publicações sobre mortes evitáveis em vítimas com traumatismos entre 2000 e 2009. (SETTERVALL, 2012)

Para o IBGE, a mortalidade por causas externas é calculada através do número de óbitos por acidentes e violência, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O perfil da mortalidade por causas externas no Brasil caracteriza-se por uma ocorrência maior nas regiões metropolitanas e faixas etárias mais jovens (MINAYO, 1994).

As causas externas (os acidentes e violências) destacam-se, hoje, não somente no Brasil, mas também em vários países do mundo, entre os mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por essas causas atingiu proporções tão grandes que trouxe reflexos na expectativa de vida da população, especialmente entre homens. Para a saúde pública isto é um retrocesso, visto que o ganho de vidas obtido a partir da diminuição das mortes pelas doenças infectocontagiosas é perdido, agora, pelas violências. A visão tradicional de que os acidentes eram frutos do acaso resultou em uma demora da área da saúde pública em concentrar esforços para responder a esse problema. Também é relativamente recente o uso das palavras violência e prevenção na mesma sentença.

Atualmente, entretanto, considera-se que o impacto das causas externas pode ser reduzido, do mesmo modo que foi possível alcançar a redução das doenças infecciosas e das mortalidades infantil e materna. Acidentes podem ser previsíveis e, portanto, prevenidos. Concomitantemente, os fatores que contribuem para as respostas violentas (individuais ou socioeconômicos) podem ser conhecidos e mudados.

2.5 TAXAS DE MORTALIDADE

A taxa de mortalidade geral (ou coeficiente de mortalidade geral) é calculada da seguinte forma: A principal desvantagem da taxa de mortalidade geral é o fato de não levar em conta que o risco de morrer varia conforme o sexo, idade, raça, classe social, entre outros fatores. Não se deve utilizar esse coeficiente para comparar diferentes períodos de tempo ou diferentes áreas geográficas. Por exemplo, o padrão de mortalidade entre residentes em áreas urbanizadas, famílias muito jovens, é provavelmente diferente daquele verificado entre residentes a beira-mar, locais onde há um número maior de pessoas aposentadas. Quando se compara o coeficiente de mortalidade entre grupos com diferente estrutura etária, deve-se utilizar coeficientes padronizados.

De acordo com registros oficiais do Ministério da Saúde, pouco mais de 1,1 milhão de pessoas foram assassinadas no Brasil, entre 1979 e 2011. Em 1979, primeiro ano em que a contabilidade oficial das vítimas foi realizada em todo o país por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), foram registrados 11.194 assassinatos. Em 2011, foram registrados 52.198 homicídios em território brasileiro, consolidando um crescimento bruto de aproximadamente 366% do número anual de mortes por agressão durante o período. Significa também dizer que, na média, uma pessoa foi assassinada no Brasil a cada 15 minutos, durante esses últimos 31 anos.

Ainda que se leve em consideração que houve um crescimento de aproximadamente 62% da população brasileira durante estes pouco mais de 30 anos, o aumento dos índices de homicídios durante este período ainda é desproporcionalmente alto: o país saltou de uma taxa de 9,6 homicídios para cada grupo de 100 mil habitantes em 1979, para uma taxa de 27,1 em 2011, crescimento de quase 190% durante o período. O gráfico a seguir ilustra o aumento das taxas de homicídios no Brasil, ao longo dos últimos 31 anos. (BEATO, 2001)

Nas últimas décadas, o caráter endêmico e o crescimento vigoroso das taxas de homicídios no Brasil fizeram com que a questão deixasse de se circunscrever à esfera da segurança pública. Hoje, os assassinatos já representam um grave problema econômico para o país, acarretando perdas da ordem de R\$ 9 bilhões por ano, cifra calculada a partir das perdas imediatas de capital humano, somadas aos valores que as pessoas assassinadas ainda iriam obter e produzir ao longo da vida. (BEATO, 2001)

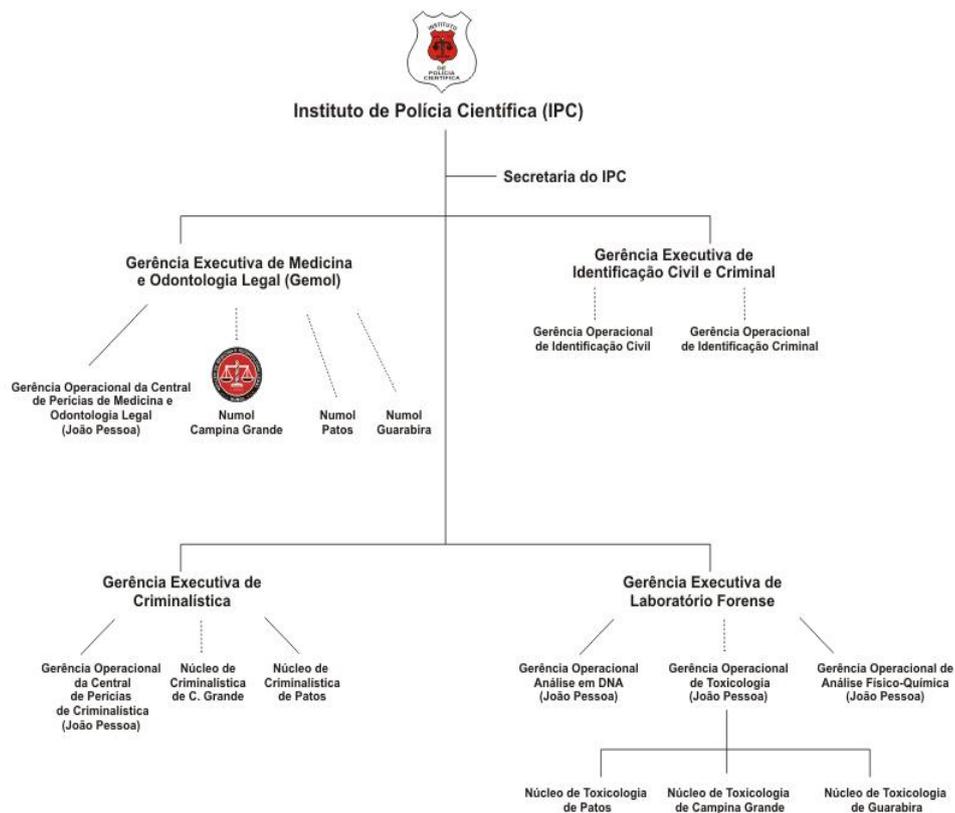
De acordo com levantamentos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), somente o atendimento às pessoas vítimas de projéteis de arma de fogo custa aproximadamente R\$140 milhões por ano para o sistema público de saúde. Além disso, os assassinatos já são, hoje, a maior causa de morte entre adolescentes e jovens no Brasil, superando qualquer outra causa externa (como acidentes de trânsito, por exemplo) ou mesmo doença. Estima-se também que, especificamente entre homens jovens, o recrudescimento dos homicídios tenha contribuído para uma diminuição da esperança de vida ao nascer, praticamente anulando os ganhos alcançados nos últimos anos nesse indicador pela redução da mortalidade infantil. Mesmo no contexto internacional, o Brasil aparece entre os países mais violentos do mundo. Dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), por exemplo, revelam que, entre os 42 países que formam a região das Américas e Caribe o país é o 16º mais violento.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de estudo quantitativo descritivo realizado através da totalidade de óbitos por causas externas captadas pelo Instituto de Polícia Científica (IPC) do Estado da Paraíba referentes às perícias realizadas pela Gerência Executiva de Criminalística (GECRIM) no ano de 2015.

O GECRIM é vinculado a Polícia Científica, juntamente com esta, contribui para o julgamento de processos criminais relacionados a agressões físicas, homicídios, suicídios, acidentes com vítimas fatais, dentre outros.

Figura 1- Gerências Executivas do Instituto de Polícia Científica da Paraíba



Utiliza-se de conceitos, definições e regras internacionais de codificação de causa de morte definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

As mortes são estudadas segundo sexo, idade e tipo de causa, mês e cor, sendo apresentadas segundo a CID-10, agrupando-as em: acidentes de trânsito de veículos a motor (V01- V69); demais acidentes (W19-W87), suicídios(Y20-X72); homicídios (Y00-X99).

Conforme pode ser observado no organograma acima, o Gemol, que gerencia as unidades do Numol, é subordinado à direção do Instituto de Polícia Científica (IPC), que comanda ainda o Departamento de Identificação, onde são realizados serviços como laudo papiloscópico e emissão de carteiras de identidade, o Departamento de Criminalística, responsável, por exemplo, pelas perícias criminais, e o Laboratório Forense, a quem cumpre todo o serviço laboratorial inerente às funções do IPC.

Por sua vez, a direção do IPC é subordinada ao delegado geral da Polícia Civil, tendo em vista que, na Paraíba, todos os funcionários de carreira do instituto (peritos, necrotomistas, papiloscopistas e auxiliares de perícia) são policiais civis concursados. Por fim, o delegado geral responde à Secretaria de Estado de Segurança e Defesa Social, nomenclatura na Paraíba da usual Secretaria de Segurança Pública, conforme figura 2.

Figura2- Órgãos de acordo com as subordinações



Os dados foram coletados a partir de 166 laudos periciais confeccionados por servidores públicos que estiveram no período supracitado desempenhando a função de Perito Criminal.

Quando se faz um levantamento em uma população abrangente, por motivos econômicos, temporais e de análise, procura-se selecionar uma parcela ou parte significativa

do universo com características comuns, por meio de procedimentos estatísticos, de forma a se compor a amostra para estudo e análise. (GIL, 2002).

Na determinação da amostra foi utilizada a fórmula abaixo, a qual segue a metodologia de cálculo de tamanho de amostra para populações finitas, proposta por Richardson (1999):

Onde, n = corresponderá ao tamanho da amostra; N = ao tamanho da população; σ^2 = ao nível de confiança que será colhido, em número de desvios (sigmas); p = proporção do universo pesquisado que possui a propriedade pesquisada, em porcentagem; q = proporção do universo que não possui a característica pesquisada; e E^2 = erro de estimação permitido.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2016 utilizando formulário especificamente elaborado para esse estudo. (Apêndice A).

Após a coleta, os dados foram tabulados através do software SPSS na versão 17.0 (*Statistical Package for the Social Science*, Chicargo, EUA, 2009) e analisados pela estatística descritiva. Em seguida, os resultados foram expostos por meio de tabelas e gráficos e analisados de acordo com a literatura pertinente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi avaliado um total de 166 laudos de morte de causas externas. A causa da morte foi agrupada em quatro grupos: acidentes, homicídios, suicídios e não informados.

A maior percentagem encontrada para as mortes por causas externas foram os homicídios 63,3%, conforme o gráfico 1.

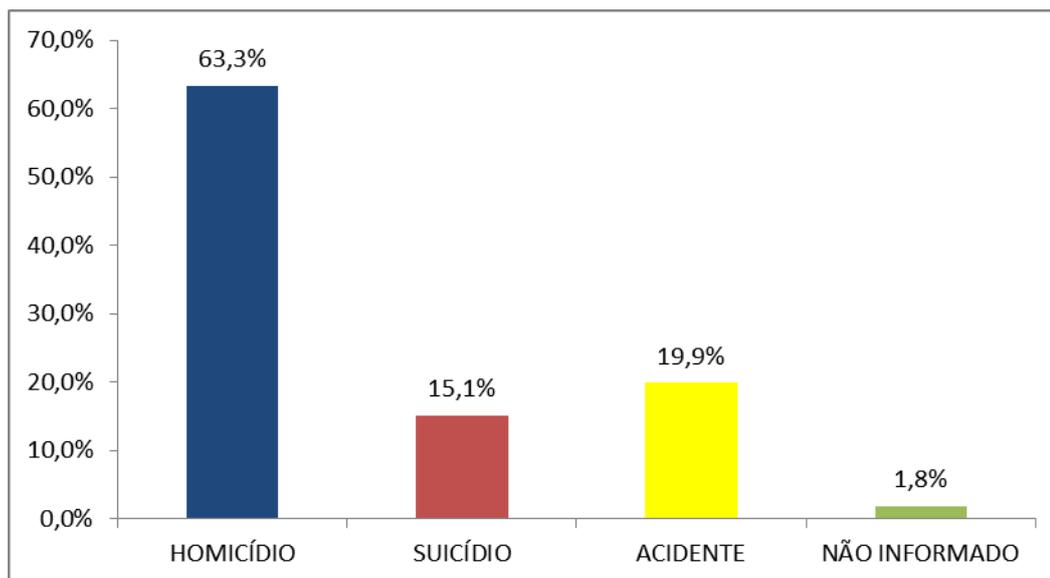


Gráfico 1- Percentagem de mortes segundo a causa

Enquanto no Estado de São Paulo, no ano de 2003, houve um predomínio de homicídios, com 44,6% e 22,3% por acidentes de transporte terrestre (ATT). Como pode se observar, suicídios constituem uma importante questão de saúde coletiva no mundo. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para até o ano de 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio.

Ao confrontar com um estudo realizado na cidade de Campina Grande por Cavalcanti e Monteiro, no ano de 2005, percebemos uma significativa mudança quanto ao agente etiológico, uma vez que tal estudo verificou que os acidentes de transporte constituíram-se na principal etiologia, correspondendo a 35,5% do total, seguidos das mortes por armas de fogo (24,2%). Tal diminuição estaria relacionada aos reflexos da Lei Seca e utilização da tecnologia como meios de fiscalização, mesmo com o aumento da frota veicular.

Andrade et al. em 2013, registrou que os óbitos por causas externas no estado de Minas Gerais se distribuíam da seguinte forma: acidentes de transporte (30,2%), homicídios (34,9%), suicídios (7,9%).

A taxa de homicídios tem-se mostrado correlacionada aos níveis de renda, mostrando que a questão da violência urbana não pode ser dissociada da aguda disparidade presente na sociedade, que tende a torná-la menos coesa, menos confiável, mais injusta e hostil. Portanto, a afirmação sobre a “inexistência de qualquer associação entre as taxas de mortalidade por homicídios e pobreza ou migração” merece ser relativizada à luz dos resultados da presente investigação e de outros estudos brasileiros. (PAIM, 1999)

Conseqüentemente, os determinantes da violência e de seu crescimento, por envolver fatores socioeconômicos (pobreza, fome, desemprego, ausência de renda, desigualdades gerando frustrações frequentes e ostentação de riqueza), institucionais (omissão do Estado na prevenção e na repressão da violência), de prevenção (escolas, moradia, saúde pública, transportes públicos ineficientes) e de repressão (polícia, justiça e sistema penitenciário), exigem resposta social organizada com planos de ação bem estruturados, além de mudanças socioeconômicas. (BARATA, 1998)

Os dados encontrados no município de Campina Grande no ano de 2015 refletem bem a falta de investimentos nos setores socioeconômicos e seus reflexos na mortalidade por causas externas.

Ao analisar a mortalidade por gênero, encontramos que o masculino é significativamente mais afetado pelas causas externas. Para todos os agentes etiológicos, evidenciou-se situações desfavoráveis aos homens.

Diferenciais nas características de saúde entre os sexos são bem conhecidos, sendo que a questão dos determinantes biológicos e daqueles ligados ao gênero foi amplamente comentada para os países da Região das Américas (LAURENTI et al., 1998).

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens. No Brasil, essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham maior sobrevivência de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos). Este fato é mais intenso na região Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro, onde a diferença atinge 12 anos (respectivamente 74 e 62 anos) (RIPSA, 2004). Em países desenvolvidos, a diferença é de aproximadamente cinco anos, como nos Estados Unidos e Canadá (OPS, 2003).

Mais uma vez, chamam a atenção os coeficientes de mortalidade por causas externas. Dentre essas causas, o tipo de violência mais importante é o homicídio, vindo a seguir os

acidentes de transporte. Outras causas com acentuada sobremortalidade masculina são os transtornos mentais e comportamentais, que englobam aqueles devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, significativamente associados ao homem.

Para nosso estudo, encontramos um percentual de 93,97% dos homens eram vítimas das causas externas, conforme o gráfico a seguir.

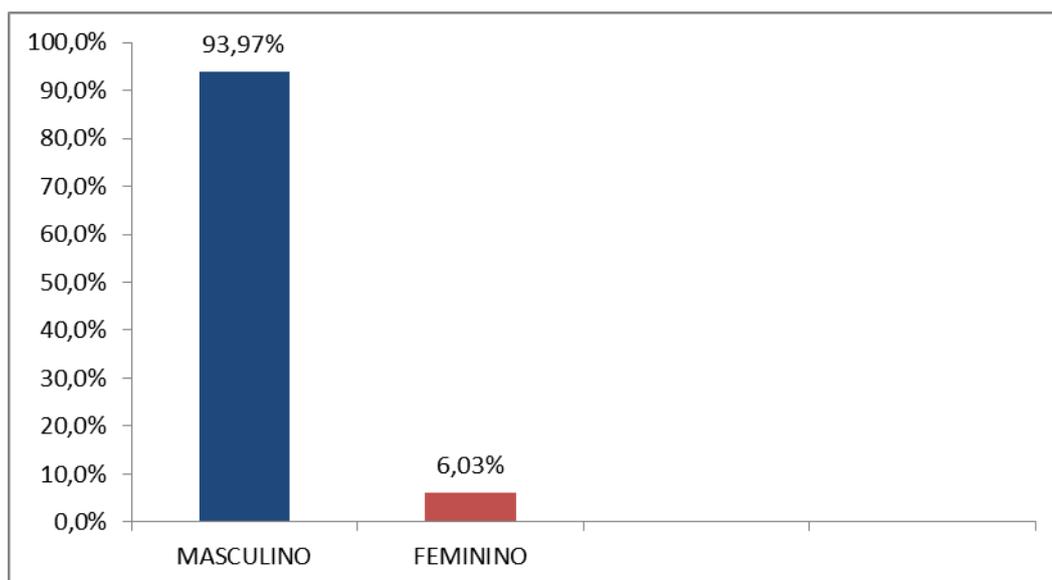


Gráfico 2- Percentagem de mortes segundo o gênero

O perfil da mortalidade por causas externas no Brasil segue a tendência mundial, em termos de maior incidência sobre o sexo masculino e faixas etárias jovens, estando mais concentrada em regiões metropolitanas. Em 1999, segundo a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), a razão era de quase cinco óbitos masculinos para cada óbito feminino. Esta relação varia conforme as faixas etárias e causas específicas. Por exemplo, no caso dos homicídios, a razão é de 10 mortes masculinas para cada óbito feminino.

Chama a atenção, neste estudo, o comprometimento do sexo masculino e a baixa faixa etária nas vítimas do tráfego. O aumento no número de óbitos de homens jovens, principalmente motociclistas, está se tornando um problema de saúde pública.

No entanto, é necessário chamar a atenção para as peculiaridades do quadro brasileiro. Em primeiro lugar, o perfil aqui é configurado, majoritariamente, pelos acidentes de trânsito e pelos homicídios. No que tange ao primeiro, diferentemente dos países chamados desenvolvidos, onde a maioria das mortes é motivada por colisões de veículos, no Brasil as vítimas são principalmente motociclistas. Os homicídios, com baixas taxas nos países europeus (e em crescimento na América do Norte), representam aqui, dentre as causas que

conformam a classificação da violência, a que mais se elevou nos últimos anos, liderando a tendência crescente das causas externas na mortalidade geral, como pode-se notar pelos dados de Souza & Minayo (1994).

Houve diferença estatisticamente significativa nas proporções entre as faixas etárias, considerando que a maioria das vítimas (31,3%) tinha entre 10 e 30 anos. A média de idade foi de 22 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição das vítimas segundo faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	PERCENTAGEM DE MORTES
0 -10	1,20%
10- 20	25,90%
20-30	26,50%
30-40	15,66%
40-50	9,04%
50-60	12,65%
60-70	7,85%
70-80	1,20%
80-90	0%

Tabela 1- Percentagem de mortes segundo a faixa etária

Embora generalizada, a violência tem elegido os jovens das regiões metropolitanas como alvo e instrumento preferencial, atingindo as pessoas no início de sua vida produtiva.(CARDONA, 2007).

No presente estudo, a faixa etária com maior proporção de óbitos compreendeu vítimas com idades entre 20 e 30 anos, resultado este semelhante a outros estudos descritos na literatura nacional e internacional. Observou-se redução no percentual de óbitos por causas externas com o avançar da idade.

Ao analisarmos o mês de maior prevalência da mortalidade por causas externas, encontramos o mês de junho como uma dos mais violentos, conforme tabela 2. Este fato pode

estar relacionado às questões sociais que envolvem as festas de São João, como bebidas, brigas, embriaguez ao volante, consumo de drogas e roubos.

MÊS	MORTALIDADE
Janeiro	5,42%
Fevereiro	6,02%
Março	10,24%
Abril	12,65%
Mai	14,45%
Junho	15,66%
Julho	10,24%
Agosto	10,24%
Setembro	4,21%
Outubro	6,02%
Novembro	4,21%
Dezembro	0,64%

Tabela 2- Percentagem de mortes segundo o mês

Estudando a relação das mortes por causas externas e a cor da pele, encontramos que os pardos são os mais atingidos, conforme o gráfico 3.

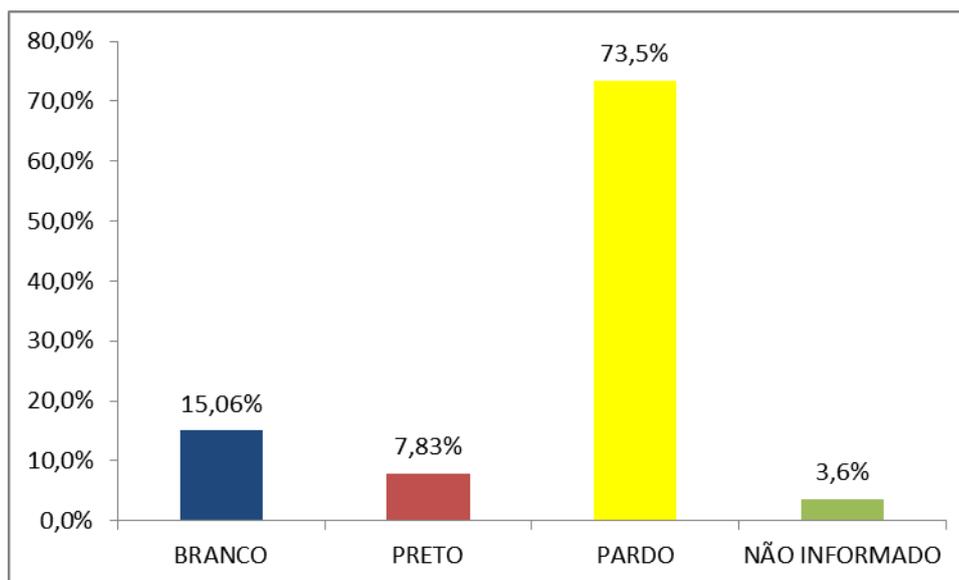


Gráfico 3- Percentagem de mortes segundo a cor

Uma das principais limitações do estudo é a utilização de diferentes critérios de classificação da raça/cor da pele: para os óbitos foi realizada por peritos legais. Assim, é possível que os legistas tendam a classificar as pessoas por raça/cor da pele considerando o seu nível social e econômico, seja por suas visões de mundo, juízo de valor ou mesmo por pressão social. Outro problema pode ter decorrido do incorreto preenchimento da declaração de óbito à circunstância do acidente ou violência que produziu a lesão fatal.

A abordagem dos diferenciais em saúde decorrentes das desigualdades sociais segundo a raça/cor requer, pelo menos, uma breve aproximação das teorias de relações raciais no Brasil. Nelas está explicitada, de alguma forma, a construção histórico-social que levou a sociedade brasileira a uma evidente divisão entre subgrupos populacionais, caracterizada pela falta de equidade na efetivação dos direitos sociais, por exemplo. De uma maneira geral, esse processo vem ocorrendo pela manutenção da posição de vantagem e dominação – traduzida pela condição de cidadania e melhor condição de vida – para uma parte da população e pela manutenção da posição de desvantagem e subordinação para outra. (MOTA et al., 2009)

A presente investigação revela diferenciais de mortalidade segundo raça/cor da pele. Porém, discutir estas diferenças representa enfrentar um “tabu” em uma sociedade que, por um lado, se atribui como numa “democracia racial” e, por outro, é detentora de indicadores sociais que mostram a existência de distinção no tratamento entre os seus segmentos segundo a raça/cor. Enquanto nas ciências sociais existe um acúmulo de conhecimento sobre as relações raciais no Brasil, na saúde coletiva parece haver uma tensão que tem dificultado a incorporação dessa temática. Portanto, mesmo considerando a natureza descritiva e todas as

limitações do presente estudo, seus resultados apontam diferenciais na mortalidade por causas externas que não podem ser ignorados quando do planejamento e programação de ações para a superação de disparidades sociais na área de saúde. É necessário que tais diferenciais sejam investigados com maior profundidade mediante o desenvolvimento de desenhos de estudos mais robustos e com maior poder de análise com vistas à produção de informações que possam fundamentar, com bases ainda mais firmes, as referidas ações. (MOTA et al., 2009)

Ainda segundo Mota et al., embora a população de pardos e pretos seja três vezes maior que a população branca, o número de anos perdidos por causas externas é 30 vezes superior.

Analizamos ainda, as estatísticas do suicídio, sendo o enforcamento, o meio mais utilizado, em 68% dos casos registrados.

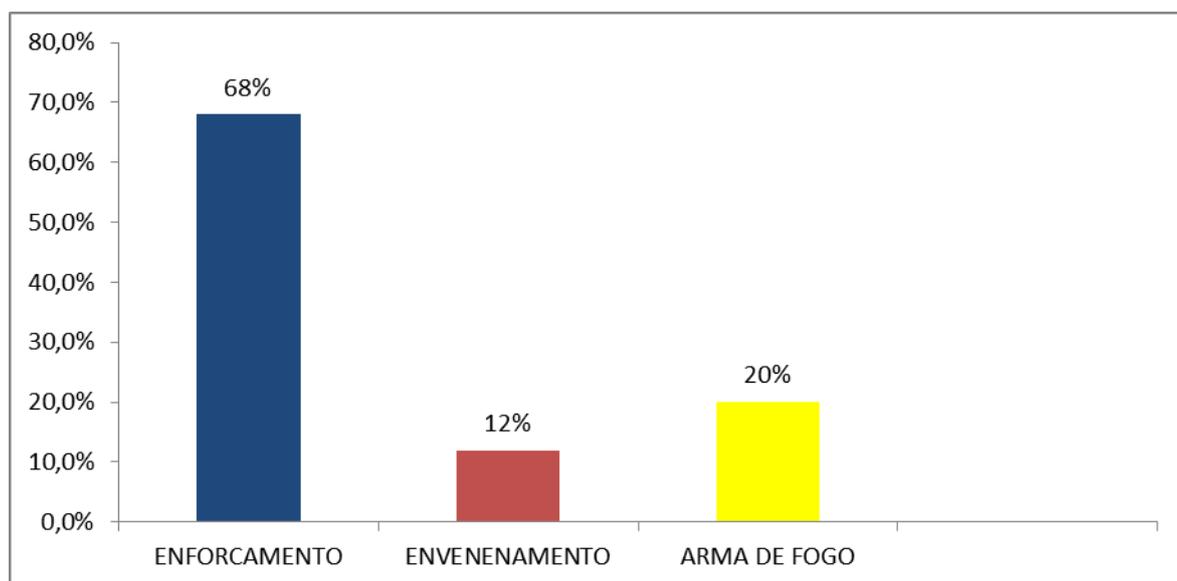


Gráfico 4- Percentagem de suicídio segundo o meio utilizado

O suicídio é uma das quatro principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. (WHO, 2002)

De 1980 a 2006, a taxa total de suicídio no Brasil cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%). (LOVISI, 2009)

No que diz respeito aos métodos usados para o suicídio, os seguintes deles foram os mais predominantes: enforcamento (47,2%), armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%). (LOVISI, 2009)

Em estudo realizado por Carvalho e Falke no Rio Grande do Sul, as taxas de suicídios durante todo o período estudado (coeficientes e mortalidade proporcional) configuraram-se como as maiores do País. Os coeficientes padronizados passaram de níveis em torno de 9/100.000 nos anos 80 para 11/100.000 em 1999. Esse alto nível de mortalidade deveu-se principalmente ao aumento da mortalidade masculina, cujos coeficientes passaram de 14/100.000 para os atuais 20/100.000. A razão homem/mulher aumentou de três para cinco. Os maiores coeficientes correspondiam aos idosos, embora as taxas estejam aumentando na população de adultos jovens.

A literatura tem mostrado que adversidades socioeconômicas e ausência de apoio social aumentam os riscos de suicídio naqueles que são vulneráveis, como pessoas com histórico de tentativas de suicídio anteriores, transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade) e comorbidades, tais como abuso/dependência de álcool/drogas. (BEAUTRAIS, 1996)

Como mostrado neste estudo, os métodos de suicídio mais comuns no Brasil foram o enforcamento, armas de fogo e envenenamento. Os métodos usados para cometer suicídio dependem de costumes específicos do lugar, como também dos diferentes contextos históricos. Estudos antropológicos têm mostrado que a escolha do enforcamento na região Sul é culturalmente definida. O uso de armas de fogo pode ser explicado pelo desejo das populações urbanas de se proteger da violência, assim como pelo fato de as armas estarem facilmente disponíveis no Brasil. A OMS relatou que o envenenamento por pesticida constitui uma importante questão de saúde mundial, principalmente em países em desenvolvimento. (LOVISI, 2006)

Bertolote et al. estimaram que de 60% a 90% das mortes por suicídio na China, na Malásia, no Sri Lanka, e em Trinidad e Tobago são cometidos com o uso de pesticidas⁴⁷. Eles também afirmaram que a OMS registrou um aumento de mortes devido ao uso de pesticida na maioria dos países da Ásia e das Américas do Sul e Central (por exemplo, Brasil, El Salvador, Guatemala e Paraguai). Eles salientaram que o manejo, a estocagem e o acesso aos pesticidas precisavam ser regulados para reduzir a taxa de suicídio por este meio.

Ao analisarmos as mortes envolvendo os acidentes de trânsito, encontramos as motocicletas como o meio de transporte mais violento, com 67% das mortes no trânsito. Em seguida, temos os automóveis(21%), e atropelamento de pedestres(5%).

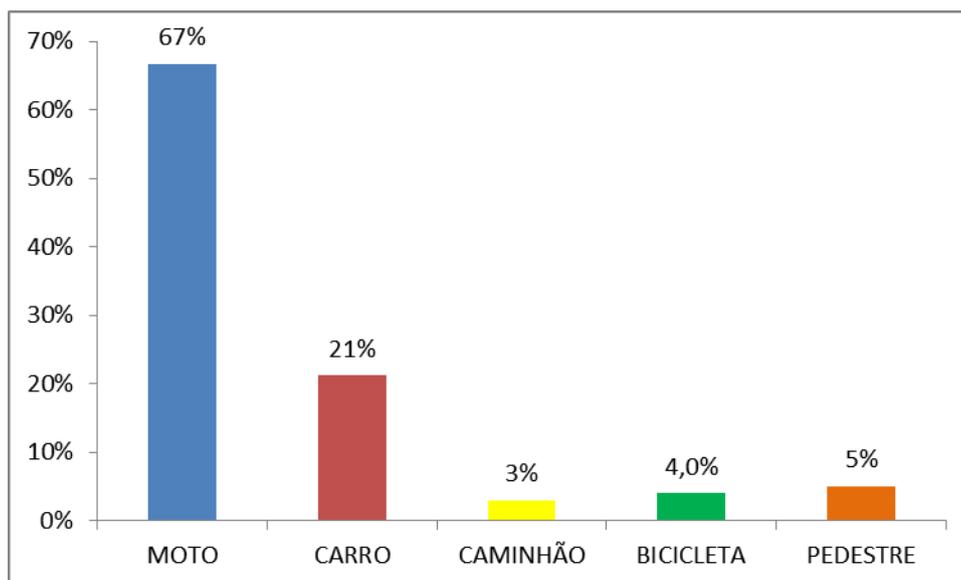


Gráfico 4- Percentagem de veículos envolvidos em acidentes com vítimas fatais

Em estudo realizado no Paraná por Campos e Caetano no ano de 2011, os acidentes com motocicleta representaram 54,2% do total de acidentes de trânsito no período analisado. A elevada frequência de acidentes envolvendo motocicletas tem sido relatada também em outros estudos no Brasil. O fato de existirem mais de 14 milhões de motocicletas em circulação no país, correspondendo em 2008 a 25% da frota nacional de veículos, contribui para estes números. Segundo o IBGE para o município de Campina Grande, a frota estimada para o ano de 2015 era de 48.844 motocicletas.

Adiciona-se a isso, dentre outros fatores, a dificuldade de visualização de motocicletas por outros motoristas, a ocorrência de comportamentos inadequados no trânsito e a inobservância das leis de trânsito, além do fato de poucas cidades disporem de vias exclusivas para motociclistas.

Os acidentes de transporte constituem "epidemias" para as sociedades atuais e entram na agenda da saúde pública com as morbi-mortalidades por causas externas.

Os motociclistas destacam-se entre as vítimas dos acidentes de transporte no Brasil. O uso de motocicletas como meio de transporte e de trabalho aumenta de forma considerável e rápida, especialmente nas cidades do interior de Pernambuco. O coeficiente de mortalidade dessa categoria tem-se elevado drasticamente a partir de meados da década de 1990. O coeficiente de mortalidade de motociclistas cresceu 875% entre 1996 (0,4/100 mil habitantes) e 2006 (3,9/100 mil habitantes) em Pernambuco. (MELLO, 2007)

O Brasil ocupa o 5º lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito, precedido pela Índia, China, EUA e Rússia. O número de óbitos por Acidente de Transporte

Terrestre (ATT) no Brasil em 2009 foi de 37.635, sendo a primeira subcausa dentro do grupo das causas externas para as faixas etárias de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos. Nas demais, é a segunda causa de morte. A taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre no país em 2009 foi de 19,6 óbitos por cem mil habitantes, sendo de 32,6 para homens e 7,1 para mulheres. Observando-se as grandes regiões do país, as taxas mais elevadas ocorreram nas regiões Centro-Oeste e Sul com valores de 29,0 e 25,4 por cem mil habitantes, respectivamente. (MORAIS, 2012)

Entre os anos de 2000 e 2010, a população brasileira variou de 169.799.170 para 190.755.799 habitantes o que representou um aumento de 11% no período. A variação da frota de veículos foi de 29.722.950 para 64.817.974 veículos, ou seja, um aumento de 54% no período. Os óbitos por ATT elevaram-se de 28.995 para 42.844, um aumento de 32,3% na década. (MORAIS, 2012)

Segundo dados do Ministério da Saúde, a Paraíba ocupava no ano de 2000, o 23º lugar na taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. No ano de 2010, já ocupava o 15º lugar.

Entre os anos de 2000 e 2010 nas Unidades da Federação houve redução nos riscos de morte no Distrito Federal (25,8%), no Amapá (15,2%) e no Rio de Janeiro (4,6%). Nos demais houve elevação, com destaque para os estados da região Nordeste. Os que mais aumentaram foram: Maranhão (54,5%), Piauí (50,1%), Bahia (46,0%), Paraíba (41,7%). No Sudeste: Minas Gerais (35,6%). (MORAIS, 2012)

Quanto ao meio utilizado para cometer o homicídio, 77% dos óbitos provocados na cidade deveu-se a arma de fogo. O percentual de uso de armas de fogo para provocar o homicídio reflete o mesmo perfil dos municípios de Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Uberlândia, onde aproximadamente 80% dos homicídios foram provocados por esse meio.

Como se explica um país com uma política de desarmamento rígida como o Brasil e com tão elevado número de óbitos por homicídios envolvendo armas de fogo? Muitos questionamentos devem ser elucidados, mas para isso o foco da intersectorialidade deve ser trabalhado para que as iniquidades sejam suavizadas através da desfragmentação das políticas públicas em busca da garantia da cidadania e dos direitos humanos. Outro fator apontado como determinante para o aumento do número de homicídios caracteriza-se pela crescente ação do narcotráfico que atrai jovens em busca de nova perspectiva de melhoria nas condições de vida. (MINAYO, 1994)

Associadas ao narcotráfico despontam as armas de fogo, que se tornam mais disponíveis e influenciam as taxas de homicídio, haja vista o aumento considerável das lesões

e mortes por arma de fogo, sendo que no início dos anos 2000, 70% dos homicídios ocorridos no Brasil foram efetuados por arma de fogo. (PERES, 2005)

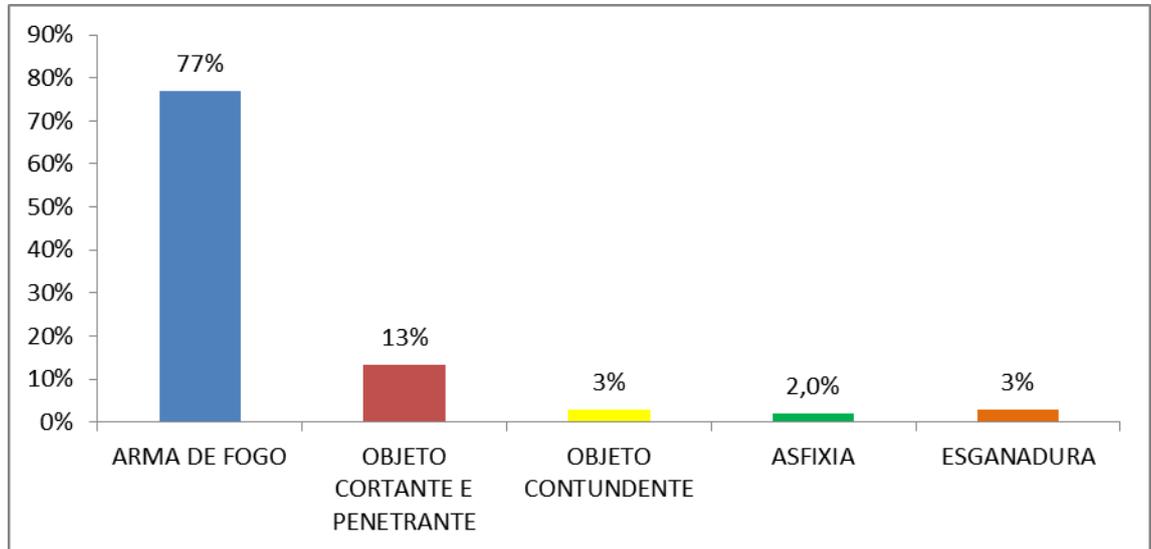


Gráfico 5- Percentagem de homicídios segundo o meio utilizado

A magnitude do arsenal guarda estreita correspondência com a mortalidade que essas armas originam. Os registros do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) permitem verificar que, entre 1980 e 2014, morreram perto de 1 milhão de pessoas (967.851), vítimas de disparo de algum tipo de arma de fogo. Nesse período, as vítimas passam de 8.710, no ano de 1980, para 44.861, em 2014, o que representa um crescimento de 415,1%. Temos de considerar que, nesse intervalo, a população do país cresceu em torno de 65%. Mesmo assim, o saldo líquido do crescimento da mortalidade por armas de fogo, já descontado o aumento populacional, ainda impressiona pela magnitude. Essa eclosão das mortes foi alavancada, de forma quase exclusiva, pelos Homicídios por Arma de Fogo (HAF), que cresceram 592,8%, setuplicando, em 2014, o volume de 1980; enquanto os suicídios com AF aumentaram 44,8%, menor que o crescimento populacional, e as mortes acidentais caíram 3,6%. Por último, as mortes por AF de causalidade indeterminada, isto é, sem especificação (não se sabe se foi suicídio, homicídio ou acidente), tiveram uma queda moderada de 20,4%. Como vemos pelos números, os homicídios representaram, ao longo do período analisado, 85,8% do total de mortes por armas de fogo. Mas uma grande parte da massa de mortes por AF de causalidade indeterminada deveria ser creditada na fileira dos homicídios. Por esse motivo, é possível afirmar que praticamente 95% da utilização letal das armas de fogo no Brasil tem como finalidade o extermínio intencional do próximo. (WAISELFISZ, 2016)

A discussão sobre como controlar a epidemia das mortes por armas de fogo é de grande complexidade e envolve diferentes dimensões. Primeiro, é fundamental compreender que estas mortes, independentemente das circunstâncias de ocorrência, têm sempre um fator comum: o disparo de uma arma. O amplo acesso e a disponibilidade de armas entre a população favorecem o crescimento das fatalidades devidas às armas de fogo. (GOLDBERG, 1995)

Segundo dados da polícia civil, a grande maioria das armas de fogo existentes no estado da Paraíba não é registrada legalmente. Acredita-se que o maior volume entre clandestinamente pelo Paraguai e dali chegue ao seu destino pelas estradas, já que não existe fiscalização organizada para prevenir o contrabando de armas. Dada a grande extensão do território brasileiro e do seu litoral, o Brasil oferece muitas perspectivas para este tipo de atividade clandestina, seja pelo ar, por mar ou por terra.

4 CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico das mortes por causas externas em Campina Grande é semelhante ao do Brasil: a maioria dos óbitos resulta de agressão, em que prevalece a arma de fogo e são mais acometidos os indivíduos do sexo masculino, de cor ou raça parda e na fase juvenil. As causas externas constituem um problema multifatorial.

Apesar do aumento da tecnologia como aliada nas fiscalizações de trânsito, o número de motocicletas em situação irregular ainda é muito alto. Também percebemos que muitos condutores trafegam sem o menor conhecimento da legislação de trânsito. Desta forma, além da fiscalização, faz-se necessário a educação no trânsito, como forma de minimizar o alto índice de mortes envolvendo motociclistas.

É necessário que haja uma combinação de medidas preventivas desses eventos, incluindo leis, esforços educativos, produtos de segurança, acesso a melhores condições socioeconômicas, além de avanços no atendimento ao trauma para minimizar as sequelas e aumentar a sobrevivência das vítimas. Também é necessário trabalhar a prevenção das causas externas para evitar mortes precoces, reduzindo o impacto econômico dos gastos com internações e das perdas de vida produtiva, além das consequências emocionais e psicológicas para as famílias que perdem seus entes queridos, sobretudo crianças, adolescentes e jovens.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE FM, Soares DA, Matsuo T, Souza HD. **Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004.** Cien Saúde Colet 2011.
- BARATA RB, Ribeiro MCSA, Guedes MBL, Moraes JC. **Intra-urban differentials in death rates from homicide in the City of São Paulo, Brazil, 1988-1994.** Soc Sci Med 1998;47:19-23.
- BEATO FILHO, Cláudio Chaves et al. **Conglomerados de Homicídios e o Tráfico de Drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999.** Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 5, Set-Out. Rio de Janeiro, 2001.
- BEAUTRAIS A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. **Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study.** Am J Psychiatry. 1996.
- BERTOLETE JM, Fleischmann A. **A global perspective in the epidemiology of suicide.** Suicidologi. 2002.
- CAMPOS, Golias. ANDREY, Rogério. CAETANO, Rosângela. **Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 5, maio, 2013, pp. 1235-1246.
- CARDONA D, Agudelo HB. **Tendencias de mortalidad en población adulta, Medellín, 1994-2003.** Biomedica. 2007;27:352-63.
- CARVALHO, C. G. **Álcool em vítimas de causas externas.** São Paulo, 2002.
- DE ANDRADE-BARBOSA, Thiago Luis et al. **Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 3, 2013.
- DE CARVALHOD, Alves; FALKE, João Werner. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.** Rev Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 804-10, 2004.
- GOLDBERG BW, et al. **Firearm injury risk among primary care patients.** *J Fam Pract* 1995.
- JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. **O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II-mortes por causa externas.** Rev. bras. epidemiologia, v. 5, n. 2, p. 212-223, 2002.

KEANE J, Bell P. **Confidence in the police:** balancing public image with community safety – a comparative review of the literature. *International Journal of Law Crime and Justice*, 2013.

LAURENTI R, Buchalla CM, Mello Jorge MHP, Lebrão ML & Gotlieb SLD 1998. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas:** uma contribuição para o enfoque de gênero. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo.

LEITE, Cavalcanti, MONTEIRO, Alessandro, B. VANESSA, Barbara. "**Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil.**" *Scimed* (2008).

LOVISI, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** 2009.

MELLO Jorge MHP, Koizumi MS. **Acidentes de trânsito no Brasil:** um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET; 2007.

MINAYO, M. C. S. **Social Violence from a Public Health Perspective.** Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 1994.

MORAIS NETO, Otaliba Libânio de et al. **Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década:** tendência e aglomerados de risco. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2223-2236, 2012.

MOTAI, Eduardo Luiz Andrade; DE ARAÚJOI, Tânia Maria; DE OLIVEIRAI, Nelson Fernandes. **Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas.** *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 405-12, 2009.

OPS 2003. **Situación de la salud en las Américas. Indicadores e dados básicos.** (O Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) 2004. Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2003. Brasília PS/AIS/03.01)

PAIM JS, Costa MCN, Mascarenhas JCS, Vieira da Silva LM. **Distribuição espacial de violência:** mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 1999;6:321-32.

PALMA, Moacir Dalla: "**A VIOLÊNCIA NOS CONTOS E CRÔNICAS DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX**". Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, 2008.

PEREIRA CA, et al. **Proposta de ação para redução da morbimortalidade por causas externas no Estado da Bahia: relato e experiência.** Bahia, 2011.

PERES MFT, Santos PC. **Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo.** Rev Saúde Pública 2005.

RICAS, Donoso. **Aspectos históricos da educação no Brasil versus violência física na infância: reflexões.** Minas Gerais: UFMG. 2010.

SETTERVALL, CHC. Et. al. **Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos.** Rev Saúde Pública. 2012.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil.** Rio de Janeiro, FLACSO, 2016.

World Health Organization - **WHO. World report on violence and health.** Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: World Health Organization; 2002.